

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N°

345

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André LOWENTHAL

Né à Paris le 21 octobre 1890
Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SYPHILIS VISCÉRALES
MÉCONNUES

Président : M. Fernand BEZANÇON, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1923

8

345

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

348

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André LOWENTHAL

Né à Paris le 21 octobre 1890
Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SYPHILIS VISCÉRALES

MÉCONNUES

Président : M. Fernand BEZANÇON, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

Anatomie.	MM	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale		CUNEO
Physiologie.		Ch. RICHET
Physique médicale		ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale		DESGREZ
Bactériologie		BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.		MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale		N...
Pathologie chirurgicale.		LECENE
Anatomie pathologique.		LETULLE
Histologie		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale		RICHAUD
Thérapeutique		CARNOT
Hygiène.		BERNARD
Médecine légale.		BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie		MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.		ROGER
Clinique médicale	}	ACHARD
		WIDAL
		GILBERT
		CHAUFFARD
		MARFAN
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance		NOBECOURT
Clinique des maladies des enfants.		
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.		CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.		PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses		TEISSIER
Clinique chirurgicale	}	DELBET
		LEJARS
		HARTMANN
		GOSSET
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		LEGUEU
Clinique d'accouchements	}	BRINDEAU
		COUVELAIRE
Clinique gynécologique.		JEANNIN
Clinique chirurgicale infantile		J.-L. FAURE
Clinique thérapeutique.		AUGUSTE BROCA
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.		VAQUEZ
Clinique thérapeutique chirurgicale		SEBILEAU
Clinique propédeutique.		PIERRE DUVAL
		SERGENT

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	RETTERER
ALGLAVE	FISSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	ROUSSY
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	ROUVIERE
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LERI	SCHWARTZ(A.)
BRANCA	GUENIOT	LEVY-SOLAL	STROHL
CAMUS	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CHIRAY	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	
DESMAREST	LARDENNOIS	RATHERY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON SEUL ET GRAND AMI V. V.

A MES CAMARADES

A M. H.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MM. les Professeur QUÉNU
Professeur DUVAL
Professeur CHAUFFARD
Docteur BARIÉ
Docteur MAUCLAIRE
Professeur LANDOUZY
Docteur DEMOULIN
Docteur BOULLOCHE
Docteur LEGENDRE
Docteur MACÉ
Professeur MÉNÉTRIER

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DALCHÉ

Médecin de l'Hôtel-Dieu

A MONSIEUR LE DOCTEUR D'ÆLSNITZ

Médecin de l'Hôpital Saint-Roch, à Nice

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON

Membre de l'Académie de Médecine

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
SYPHILIS VISCÉRALES MÉCONNUES .

INTRODUCTION

Les acquisitions de la clinique tendent à montrer que seule ou associée, la syphilis est en cause dans de multiples affections où jusqu'ici on méconnaissait son rôle.

L'étiologie syphilitique longtemps méconnue de multiples manifestations nerveuses : tabès, paralysie générale, etc., est devenue chose classique.

La notion de la syphilis en pathologie cardiaque a dépassé les services de cardiologie, et tous les praticiens savent qu'il y faut immédiatement penser, en présence d'un anévrisme de l'aorte, d'une aortite, d'une insuffisance aortique, surtout quand ces affections surviennent avant la vieillesse.

Ce sont là des notions classiques sur lesquelles nous ne reviendrons pas ici.

En revanche, le rôle de la syphilis dans les affections respiratoires, digestives, rénales, est resté plus longtemps méconnu, et bien que déjà maints travaux aient appelé l'attention sur la fréquence relative des syphilis pulmonaires, des néphrites syphilitiques, sur le rôle de la syphilis dans l'étiologie de différents troubles gastriques et dans l'évolution des cirrhoses, il faut reconnaître que c'est en désespoir de cause que, le

plus souvent, le praticien en vient à penser à cette étiologie.

Il n'est donc pas superflu à propos de toutes nouvelles observations de revenir sur cette question. Il n'est pas inutile d'y rechercher les éléments cliniques capables d'éclairer le diagnostic.

L'erreur de méconnaître une de ces syphilis viscérales est d'autant plus compréhensible que maintes fois elles évoluent avec une réaction de Bordet-Wassermann négative. Et comme, par ailleurs, elles ne présentent pas de symptômes permettant une discrimination certaine de l'infection en cause, la syphilis, étiologie moins connue sinon moins habituelle de ces altérations viscérales, n'est envisagée qu'en dernier ressort.

C'est habituellement l'épreuve thérapeutique qui a fait la preuve. Aussi convient-il de la tenter dans tout cas d'affection viscérale de cause mal déterminée.

Nous avons cru utile de donner dans ce travail quelques observations où la clinique et les examens sérologiques ne mettaient pas sur la voie de l'étiologie spécifique, et où cependant l'épreuve thérapeutique appliquée de parti pris a confirmé pleinement la réalité de son action.

Par le titre de notre travail nous n'avons pas voulu dire que le rôle de la syphilis n'était pas admis dans les localisations viscérales que nous envisageons. Nous avons seulement voulu souligner que malgré les importants travaux ayant attiré l'attention sur l'importance de l'étiologie spécifique en pathologie viscérale, l'évolution de la syphilis viscérale est souvent telle que rien n'impose à l'attention du praticien la nature exacte de l'infection en cause. Et cela justifie tout nouvel apport de documents dans ce débat.

CHAPITRE PREMIER

APERÇU HISTORIQUE

L'origine de la syphilis, mot créé par Frocastor, poète physicien et médecin, dans un poème en vers dédié à cette affection et... au cardinal Bembo, l'origine de la syphilis, dis-je, se perd dans la nuit des temps. Aussi loin qu'il est possible de remonter dans l'histoire de l'homme, on trouve des traces de ce fléau. Ces traces nous sont révélées par les archives de la nature, enfouies dans les profondeurs de la terre.

C'est ainsi, par exemple, qu'en 1872, lors des fouilles exécutées dans la station préhistorique de Salutrée, l'abbé Ducrost découvrit un squelette de femme à peu près complet. Tous les os présentaient une apparence normale, sauf les deux tibias, sur lesquels on constata la présence d'exostoses très prononcées au nombre de cinq. Examinées par Broca, Ollier, Parrot, et Virchow, elles ont été jugées unanimement d'origine spécifique. Bien qu'il soit assez difficile de se prononcer d'une façon catégorique sur l'époque à laquelle appartient le dit squelette, on a quelque raison de le situer dans l'âge du renne, les débris de cet animal ayant été trouvés, de même que des silex grossiers, dans le voisinage immédiat du squelette. Broca, d'ailleurs, en se basant sur l'examen des crânes trouvés dans les dolmens de la Lozère, et dont quelques-uns portaient des exostoses n'hésitait pas à affirmer que la syphilis existait déjà à l'époque néolithique. Ajoutons

que les fouilles organisées dans le Nouveau-Monde, dans l'Amérique du Sud en particulier, ont donné des résultats analogues : la syphilis y existait à n'en pas douter, aux époques préhistoriques.

Mais chose assez singulière : alors que les documents abondent, concernant les ravages de la syphilis de tous temps en Asie et en Afrique pas un seul document écrit n'indique l'existence du fléau en Europe durant la période dite de civilisation avant la fin du xv. siècle.

Dans le culte des Indous, les organes génitaux sont placés sous l'égide de Lingam, dieu de la nature, de la puissance créatrice et de la procréation. Or Siva s'étant laissé entraîner à la volupté plus que de raison, en fut cruellement puni par Lingam : ses parties génitales furent détruites par la gangrène qui se répandit sur le monde se communiquant aux hommes et aux femmes. Un livre de médecine indoue récemment traduit par Jean Hessler — *le Sucruta* — et qui date de l'an 400 de notre ère, donne la symptomatologie de la syphilis qui, déjà à cette époque, était traitée par le mercure. « L'humeur en mouvement entre par le pénis, corrompt la chair et le sang, occasionne une irritation, d'où vient la blessure... Chez la femme, l'humeur pénètre dans les parties génitales, occasionne des excroissances fongueuses, sanieuses et fétides... Les humeurs se portent vers les parties supérieures, nez, yeux, oreilles, bouche. Sur la peau, on observe des hémorroïdes disséminées, variqueuses. »

En Chine, de même que dans l'Inde, la syphilis existait selon les auteurs indigènes, depuis des temps immémoriaux, caractérisée entre autres par des taches rouges aux parties sexuelles, ulcères de la peau, douleurs nerveuses et ostéocopes, ulcérations putrides de la gorge, du nez, de la bouche, chute des cheveux. Traitement : mercure et la racine de squine.

Du fait que le syphilis affirme son existence en Eu-

rope aux époques préhistoriques, mais qu'aucun écrit n'en mentionne l'existence durant l'époque dite de civilisation avant la fin du xv^e siècle, que faut-il conclure ? Le fléau a-t-il échappé à la sagacité des médecins anciens, des médecins grecs et romains en particulier ?

Cette hypothèse que certains admettent nous paraît bien peu vraisemblable, lorsqu'on considère d'une part la gravité de la maladie, l'évidence aveuglante des symptômes extérieurs et enfin le rôle important dévolu à l'art de guérir aussi bien chez les Grecs que chez les Romains. La profession médicale en Grèce conserve longtemps un caractère sacerdotal et la médecine des premiers grecs fut en grande partie mythologique et le plus ancien temple fut celui d'Esculape, fils d'Apollon et disciple du centaure Chiron. Les Asclépiades, premiers médecins grecs connus, forment une corporation sacrée. Et lorsque la médecine, dans la suite des siècles, a perdu son caractère sacré, on organise des écoles de médecine célèbres, à Athènes en particulier ; le législateur exige certaines garanties pour que l'on ait le droit d'exercer ; il fallait déclarer comment et où on avait acquis la science nécessaire, sous quel maître on avait étudié. Ces déclarations se faisaient à la tribune devant le peuple. C'est un médecin grec, Hippocrate, qui sépara la médecine de la philosophie, en fit une science homogène et autonome, et décrivit un grand nombre de maladies avec un sens clinique et d'observation tel qu'il n'a pas encore été surpassé, ni même égalé. Son œuvre fut continuée par Thessalus et Dracon, ses fils, son gendre Polybe, par Hippocrate III, Hippocrate IV, Droclès, Praxagoras, Chrysippe et enfin par Hérophile et Erasistrate, ces derniers professant à l'école d'Alexandrie qui venait de succéder à celle d'Athènes. A Rome, le droit de cité était accordé aux médecins — grecs pour la plupart — qui étaient jugés capables de former des élèves. Sous les Empereurs, on institua des médecins

communaux, véritables fonctionnaires recrutés avec soin, chargés de la médecine gratuite. Les médecins formaient une corporation qui délivrait des diplômes, et il ne fallait rien moins que l'approbation de l'Empereur pour faire admettre les diplômés soit dans les services publics civils, soit dans les services des armées. A une époque où le dérèglement des mœurs et la prostitution sous toutes ses formes et dans toutes les classes de la société ont atteint leur apogée, peut-on admettre que la syphilis ait pu échapper à Galien qui s'intitulait modestement le restaurateur d'Hippocrate et qui résume dans ses ouvrages toute la science de son époque ?

Au commencement du moyen âge la science et la profession médicales, subissant le sort commun à toutes les sciences et à toutes les professions libérales, furent négligées ; seuls les moines et les médecins juifs, en possession des ouvrages de Celse et des fragments de ceux d'Hippocrate et de Galien, exerçaient l'art de guérir. Mais vers la fin du moyen âge, on voit se former un corps médical en quelque sorte autonome — maîtres en sciences médicales et physiques — qui conféraient à leurs adhérents, après épreuves, des lettres de maîtrise, voire même des diplômes de doctorat. Ils organisent des écoles de médecine, dont les plus célèbres furent celles de Salerne, de Paris et de Montpellier.

De l'absence de documents écrits en Europe jusqu'à la fin du xv^e siècle concernant une affection aussi contagieuse et aussi caractérisée par ses lésions extérieures, on peut conclure que la syphilis qui, à n'en pas douter, existait sur notre continent aux époques préhistoriques, a disparu pour des causes encore entourées de mystères. Notre tâche n'est pas de résoudre ce problème que d'autres plus qualifiés ont proclamé insoluble. Quoiqu'il en soit, la réapparition du fléau ; après des centaines de siècles de silence, et avec une intensité prodigieuse, coïncide avec la découverte de l'Amé-

rique, et le premier retour des marins de Colomb après un court séjour dans les îles et sur le continent américain, où, selon le témoignage des auteurs du temps, la syphilis régnait à l'état endémique. « Les naturels des îles espagnoles, dit Lopez de Gamara, sont infectés de la vérole et c'est pour cela que les Espagnols qui avaient affaire aux femmes indiennes gagnaient bientôt cette maladie » (*Histoire générale des Indes*, 1555). Avant lui, Pierre Martyr, gouverneur de la Castille, dit en parlant des habitants de Haïti qu'ils ont une maladie contagieuse particulière, caractérisée entre autres par des grosses pustules occupant le corps et rongeant les membres, parce qu'ils s'adonnent à la luxure. « Les premiers chrétiens qui habitent les îles espagnoles souffrent d'un mal étrange dû à Las Bubas, dit Ovideo, maladie connue dans les Indes. Cette maladie est contagieuse et fut importée en Espagne sous les premiers Espagnols qui accompagnaient l'amiral Colomb, et ensuite en Italie. » A ces témoignages viennent s'ajouter les découvertes ultérieures qui ont apporté une preuve indiscutable : l'examen des squelettes ou des débris de squelettes découverts sur des points différents de l'Amérique et reconnus comme appartenant à des époques antérieures à la conquête des Espagnols, cet examen, dis-je, a démontré que l'Amérique était depuis des temps immémoriaux un foyer intense de syphilis. C'est ainsi par exemple que sur cinq crânes d'enfants péruviens examinés par Parrot, quatre portaient des traces de syphilis héréditaire.

Comment le fléau importé du Nouveau-Monde s'est propagé en Europe ? Quel est le pays qui peut en revendiquer la primeur ? L'accord à l'heure actuelle semble être établi : c'est ce même pays auquel revient l'honneur d'avoir découvert l'Amérique. Mais aux premiers siècles de l'invasion de la maladie, les peuples se renvoyaient réciproquement le reproche de l'importation.

D'où la variété dans la terminologie : mal espagnol ou portugais, mal français ou italien, turc ou chrétien, polonais ou allemand. La polémique dura longtemps, à laquelle Voltaire lui-même prit part :

Quand les Français à tête folle
S'en allèrent en Italie,
Ils gagnèrent à l'étourdie
Et Gêne et Naple et la vérole
Puis ils furent chassés partout
Et Gêne et Naple on leur ôta
Mais ils ne perdirent pas tout
Car la vérole leur resta.

Voltaire est né trop tôt pour voir que la même destinée fut réservée plus tard aux Espagnols en Amérique même : les descendants des conquérants devaient y perdre tout ce que leurs aïeux avaient si péniblement acquis, tout fors la vérole qui, hélas, « leur resta » à eux aussi.

Ainsi donc, je le répète, si les documents écrits concernant la syphilis manquent en Europe jusqu'à la fin du xv^e siècle c'est incontestablement parce que la syphilis elle-même manquait à la pathologie européenne jusqu'à ce qu'elle fût importée par les marins de l'Amiral Colomb. L'étude en commença dès l'apparition — ou, ce qui est plus exact, dès la réapparition sur le vieux continent, du terrible fléau. Depuis cette époque, l'étude en fut poursuivie sans arrêt et avec une intensité croissante, qui n'avait d'égale que l'intensité même de diffusion du mal spécifique. Chaque génération et chaque peuple, chaque continent, apportèrent et continuent d'apporter leur tribut à l'œuvre d'investigation, devenue commune, comme est devenu commun le mal lui-même. A l'heure actuelle, la syphiligraphie constitue le chapitre le plus important et le plus vaste de la science médicale.

A telle enseigne qu'elle a fini par envahir et par domi-

ner la pathologie générale et la pathologie particulière des organes et systèmes. « Cherchez la syphilis » est devenu le mot d'ordre et une obsession bien justifiée d'ailleurs, à laquelle échappent peu de praticiens modernes.

Dans l'étude des symptômes et des manifestations spécifiques, on peut distinguer théoriquement trois périodes :

Dans la *première* période qui va de la fin du xv^e siècle aux environs de 1830, les investigations des syphili-graphes se limitent, à quelques exceptions près, à la recherche et à la connaissance des lésions spécifiques des régions et organes extérieurs de l'organisme, régions et organes accessibles à la vue : organes génitaux, ganglions superficiels, peau, muqueuses, os, nez, oreilles, bouche, etc.

Dans la *seconde* période qui se termine en 1905, on démontre que la syphilis acquise ou héréditaire est une maladie infectieuse, contagieuse, chronique, et générale, et comme telle, capable de porter atteinte à tous les tissus, organes et systèmes sans aucune exception, donc aux viscères en particulier. La découverte des ophtalmoscopes, laryngoscopes, etc., permet de préciser les lésions du fond de l'œil, du larynx, etc., soupçonnées déjà dans la période précédente, mais qui, faute d'instruments appropriés, n'ont pu être décelées. Les travaux se multiplient, qui élargissent de plus en plus le domaine de la syphilis et multiplient à l'infini les localisations spécifiques : système nerveux central et périphérique, cœur et vaisseaux, rein et appareil urinaire en général, estomac et intestin, foie, rate, pancréas, appareil respiratoire.

Les progrès réalisés de ce fait et les résultats obtenus furent considérables du point de vue non seulement de la science pure, mais encore de l'art de guérir qui est la raison d'être essentielle de la science médicale. La pratique en effet et l'anatomie pathologique ont mon-

tré que l'immense majorité des troubles et des lésions d'origine nettement spécifique, toutes choses égales d'ailleurs, sont bien moins graves que ceux d'une autre origine, et que, soumis à un traitement adéquat, ils guérissent généralement.

C'est à bon droit que M. Hudelo a dit : « Lorsqu'on lui découvre une tumeur à l'épigastre, heureux le malade qui a eu la vérole. » Mais les manifestations spécifiques, celles des viscères en particulier, sont rarement pathognomoniques. Les syphilis gastrique et pulmonaire sont — cette dernière surtout peut-être — de grandes simulatrices, et par cela même difficiles à dépister. Autrefois, on niait presque la syphilis gastrique : en 1886, Galliard, à l'occasion d'une observation, en proclame la rareté. Depuis, les faits reconnus se sont multipliés et les observations s'en sont faites plus précises et démonstratives. De même il a fallu un long siècle de discussions pour que la syphilis du poumon fût admise. Quant aux localisations de la syphilis sur le rein, elles furent niées et attribuées à l'action du mercure ; plus tard, Rayer, Guiol et Perroud en 1867, Gailleton en 1869, montrèrent au contraire l'influence heureuse du mercure sur les néphrites syphilitiques. Et ainsi pour les autres organes, foie, pancréas, etc. La notion de l'universalité en quelque sorte de l'infection syphilitique ne pouvait constituer un progrès réel qu'à la condition que la diagnostic de la syphilis pût être assis sur des bases solides.

La *troisième* période — de 1905 à nos jours — est caractérisée par deux grandes découvertes : celle (en 1905), de l'agent spécifique de la syphilis, du tréponème de Schaudinn et Hoffmann, et plus tard, 1906, celle de la réaction dite de Bordet-Wassermann.

On décèle le tréponème dans le chancre, dans les ganglions satellites du chancre, dans toutes les lésions secondaires de la peau et des muqueuses, dans le pla-

centa, le foie, etc., des hérédos-syphilitiques, dans le mucus nasal des malades affectés de coryza, dans la sérosité des vésicatoires, etc. Dans la période tertiaire, le tréponème est plus difficile à trouver; dans les lésions viscérales, les recherches sont, pour la plupart des cas, négatives. Si l'on ajoute la difficulté de coloration du tréponème, sa ténuité, la nécessité pour le déceler, d'un examen à l'ultra-microscope, il est évident que l'importance pratique de la découverte du tréponème est notablement restreinte. En général, sa recherche est réservée pour le diagnostic précoce du chancre. Dans les autres stades de l'infection, on a généralement recours à la réaction de Wassermann.

Voici, pour avoir une idée de la valeur diagnostique de cette réaction, les résultats statistiques tels qu'ils sont indiqués dans le remarquable travail de Ronchèse (La réaction de Bordet-Wassermann pour le séro-diagnostic de la syphilis).

Période primaire. — La fréquence des réactions positives varie, suivant les auteurs, de 30 à 100 o/o. Cette divergence de résultats s'explique par ce qui suit: « Pendant les premiers jours qui suivent l'apparition du chancre, la réaction est négative, probablement parce que l'organisme n'a pas encore eu le temps de répondre à l'infection par une réaction humorale appropriée. Il se passe là quelque chose de comparable à ce que l'on observe dans la première semaine de la typhoïde pour le séro-diagnostic de Widal. Cette notion est d'une importance capitale pour le clinicien qui ne doit pas compter sur la réaction de B.-W. dans les premières semaines de la maladie. Ce n'est, en effet, que vers le quinzième jour, et plus fréquemment du vingtième au vingt-cinquième jour, que la réaction devient positive ». Pour les chancres mixtes, « il faut ajouter une période supplémentaire de vingt à trente jours, pendant laquelle le chancre n'est pas encore

syphilitique. Il existe des cas exceptionnels de séro-réactions spontanément retardées, c'est-à-dire sans influence du traitement (100 à 120 jours après le chancre) et des cas de réactions retardées sous l'influence d'un traitement précoce et puissant (jusqu'aux septième, neuvième mois) (Gougerot).

Dans les trois premières semaines qui suivent l'apparition du chancre, le diagnostic bactériologique de la syphilis doit être fait par la recherche du tréponème pâle dans la sérosité du chancre. Passé cette période, c'est la réaction de B.-W qui devient la méthode de choix pour le diagnostic de laboratoire.

Période secondaire. — Chez les malades non traités le pourcentage des réactions positives est en moyenne de 90 à 94 o/o. On trouve cependant, comme le fait observer Gougerot, des malades présentant des réactions négatives malgré une syphilis évidente.

Période tertiaire. — Dans le tertiarisme, la fréquence de la réaction est un peu moindre. La moyenne varie de 73, 9 à 90 o/o, suivant les auteurs. « Le pourcentage de ces cas négatifs semble augmenter avec l'âge de la syphilis » (Gougerot).

Syphilis héréditaire. — Les résultats varient selon qu'il s'agit de la totalité des enfants de syphilitiques ou seulement des porteurs de lésions. Dans le premier cas, Linser a trouvé chez les deux tiers des enfants une réaction positive; dans le second cas, la réaction serait constante.

Syphilis latente. — C'est dans ces cas que l'on constate le plus grand écart dans les pourcentages (de 13 à 83 o/o).

En résumé, et bien que la réaction de Wassermann ait été trouvée positive dans quelques cas où il semblait bien que la syphilis pouvait être exclue (pian, sans doute à cause de la parenté existant entre le treponema pallidum et le treponema pallidulum, lèpre, trypan-

nosomiasés, paludisme, certains états cachectiques et les états agoniques, certaines infections aiguës), on peut cependant admettre que R. W. + = syphilis. Mais on n'a pas le droit de dire que R. W. — = absence de syphilis. Et cela surtout au cours des syphilis viscérales, souvent difficiles à diagnostiquer. Aussi précieux que soient les renseignements fournis par le laboratoire, le praticien, pour faire son diagnostic et pour instituer le traitement approprié, doit de toute nécessité prendre en considération l'ensemble des symptômes qui sont rarement pathognomoniques. « Chez un malade soupçonné de syphilis, écrit Ravaut, la réaction de Wassermann doit être considérée comme un symptôme d'appoint qui, d'accord avec d'autres symptômes, peut contribuer à établir le diagnostic de syphilis. » On ne pourra donc nier la syphilis parce que l'un des symptômes, la réaction de Wassermann, est négative (Inversement, il faudra se garder d'attribuer toujours à la syphilis des lésions chez un malade qui a un Wassermann positif).

CHAPITRE II

LES ACQUISITIONS RÉCENTES CONCERNANT LES SYPHILIS VISCÉRALES

Pour l'appareil cardio-vasculaire, l'étiologie spécifique domine déjà la clinique et la thérapeutique. En présence d'un malade atteint d'un anévrisme, d'une aortite, d'une insuffisance aortique, surtout s'il s'agit d'un sujet encore jeune, on ne peut plus ne pas penser à la syphilis. Nous laisserons donc cette question de côté, en rappelant toutefois qu'il peut exister des cas de localisation plus exceptionnelle où la syphilis a pu être facilement méconnue, comme le montre notre observation V (endocardite mitrale subaiguë avec embolies multiples chez un jeune homme de 16 ans).

La syphilis pulmonaire soupçonnée déjà par Ambroise Paré, a été décrite au XVIII^e siècle par Astruc sous le nom de phtisie vérolique. Admise par les uns (Baumès, Morton, Portal), contestée par d'autres (Hunter, Laënnec, Andral), son existence chez l'adulte n'a été définitivement démontrée que par les travaux relativement récents de Lagneau (1851), Ricord, Fournier, Lancereaux, Virchow, etc., puis de Dieulafoy, Darier, Marfan.

Chez le nouveau-né, la syphilis pulmonaire a été décrite pour la première fois par Depaul. Elle a été étudiée par Charles Robin, Virchow, Parrot, Balzer, etc. Chantemesse et Widal, Dieulafoy ont publié des

observations de pleurésies survenant au stade roséolique de la syphilis. La nature syphilitique de ces pleurésies est discutée.

On connaît actuellement l'association de la syphilis et de la tuberculose (Sergent, Landouzy, Bezançon).

La pathologie digestive se réclame aujourd'hui, surtout pour l'estomac et le foie, de l'étiologie spécifique.

Après avoir nié la syphilis gastrique, de nombreux auteurs tendent à démontrer aujourd'hui sa fréquence. On peut signaler les travaux de Cornil, Galliard, Dieulafoy, Fournier, Hayem et Lion, etc., plus récents de Leven, Lœper.

Quant à l'action de la syphilis sur le foie, elle a été soupçonnée dès le xvi^e siècle. Uhlrich de Hutten, Fallope regardent la glande hépatique comme le foyer principal de la maladie. Au xviii^e siècle Astruc, van Swieten, Portal décrivent les « engorgements hépatiques » chez les syphilitiques. Mais c'est depuis les travaux de Reyer, Ricord, Diettrich (de Prague) que la maladie est bien décrite. Virchow, Frerichs en Allemagne, en France Leudet, Lancereaux, Fournier, Talamon montrent la fréquence de la syphilis hépatique.

Après Gubler (1852), Hutinel et Hudelo ont bien étudié la syphilis du nouveau-né. Diettrich, Lancereaux, Fournier, ont mis en lumière l'action de la syphilis héréditaire tardive.

Enfin l'on sait actuellement que le rein réagit envers la syphilis, comme d'ailleurs envers la plupart des poisons, et que ses lésions conditionnées par cette infection peuvent être très variables.

Wells et Blackhall, les premiers, au début du xix^e siècle, signalent la coïncidence de la syphilis et de l'albuminurie, mais admettent que le traitement mercuriel est la cause de l'affection rénale. Rayer, en 1840, attribue nettement la maladie des reins à la « cachexie vénérienne », mais nombre de syphiligraphes n'ad-

mettent qu'une pure coïncidence. Frerichs croit que la syphilis a une action prédisposante. Cependant, des observations anatomo-cliniques s'accumulent : de nombreux travaux, en France, en Allemagne, en Angleterre, établissent l'histoire de la néphro-syphilose (Lancereaux, Charcot, Cornil et Brault, Virchow, etc.). En 1879, Drysdale, le premier, distingue nettement les néphrites précoces des néphrites tardives, jusqu'alors seules connues. Le cadre de la syphilis rénale s'élargit bientôt. Plus tard, on étudie les accidents rénaux de l'hérédo-syphilis : Klebs, Bradley, etc. décrivent les manifestations précoces, tandis que Hutchinson, Fournier en font connaître les formes tardives.

La syphilis rénale est dès lors connue dans ses principales manifestations, et de bonnes descriptions en sont données par Dieulafoy, Brault, Chauffard, Darier, Castaigne.

CHAPITRE III

SYPHILIS PULMONAIRE

Après un long siècle de discussions et grâce surtout à l'école française, il paraît avéré que le poumon puisse être spécifiquement lésé par la syphilis. Et il est devenu banal de répéter qu'on ne pense pas assez à la syphilis pulmonaire ; « malgré tout, écrivent Courcoux et Lelong, cette notion n'est jamais devenue familière au praticien, parce que, disent certains auteurs, elle est très rare ; nous dirions plus volontiers parce que son diagnostic est difficile à faire et qu'on n'a pas des moyens solides de la reconnaître ».

Les formes cliniques de la syphilis pulmonaire sont à considérer à la période secondaire et à la période tertiaire.

A). — *A la période secondaire*, il y a : 1° la trachéo-bronchite précoce roséolique, contemporaine de la septicémie secondaire, qui traduit simplement l'érythème de la muqueuse respiratoire. Elle se caractérise par sa toux quinteuse, férine, quelques sibilances. Elle est remarquablement anémiant et asthéniant. Les accidents secondaires concomitants imposent le diagnostic. Cette bronchite, quand elle est un peu importante, est l'indice d'une syphilis grave ;

2° La trachéo-bronchite tardive ou post-roséolique de Barthélemy (1905), est discutée. Elle s'accompagne de troubles très marqués de l'état général et éveille plutôt l'idée d'une tuberculisation (signes discrets loca-

lisés le plus souvent aux sommets, petites hémoptysies assez fréquentes). Lépine, Sergent estiment que ces trachéo-bronchites correspondent au réveil d'une tuberculose ancienne restée latente jusque-là ou à une réinfection bacillaire favorisée par la syphilis. En pratique, et on peut dire dans presque tous les cas, on pensera d'abord à la tuberculose, précisément parce que la syphilis est méconnue. Le problème n'est pas facile ; mais, pour ne pas faire de redites, nous envisagerons plus loin dans son ensemble la question de la syphilis et de la tuberculose séparées ou associées ;

3° On voit chez des syphilitiques secondaires des pleurésies. Chantemesse et Widal, Cœttinger et Malloizel, pensent qu'elles sont de nature spécifique se basant sur la latence de l'épanchement, sa bilatéralité habituelle, etc... sur ce fait que le liquide pleural ne contient pas de bacilles de Koch et ne tuberculise jamais le cobaye. Par contre, pour Courcoux, qui se rallie à l'opinion de Landouzy, Sergent, Darier, aucun de ces caractères n'emporte la certitude, « ils s'agit encore le plus souvent du réveil d'une tuberculose latente favorisée par l'éclosion secondaire. L'infection syphilitique au stade sépticémique est probablement anergisante et prédispose à la réactivation tuberculeuse ». Bezançon et Gastinel ont publié une observation de pleurésie du stade roséolique, où le liquide pleural, en même temps qu'il présentait un Wassermann positif, tuberculisa le cobaye.

B. — *Syphilis tertiaire*. — « Les lésions tertiaires du poumon sont de beaucoup les plus embarrassantes pour le diagnostic et les plus fertiles en erreurs. » Suivant une statistique récente (1920) de José Carrera, la fréquence, importante, serait de 8 o/o des cas d'autopsies des syphilitiques. La syphilis du poumon n'est donc pas une maladie très rare.

A côté des lésions imputables à la syphilis acquise,

la part de l'hérédo-syphilis tardive est peut-être importante, mais impossible encore à préciser.

1° Les formes aiguës de la syphilis tertiaire du poumon sont exceptionnelles. La forme gangréneuse est même niée par Sergent: il s'agirait plutôt d'infections gangréneuses surajoutées à des lésions syphilitiques plus ou moins anciennes.

La forme broncho-pneumonique, exceptionnelle, simule la phtisie galopante. « Le diagnostic de cette forme, dit Courcoux, est extrêmement difficile. On pensera toujours à la tuberculose et dans la très grande majorité des cas, on aura raison. »

2° Les formes chroniques sont les plus polymorphes et ne sont pas encore classées. On ne décrit actuellement que des syndromes :

a) Syndrome pseudo-tuberculeux, soit à type de « tuberculose évolutive sérieuse », caverneuse, rapidement mortelle, sorte de « phtisie » syphilitique ; soit à « type floride », qui évolue sans fièvre, avec un bon état général, contrastant avec l'intensité des lésions pulmonaires.

b) Syndrome du fibreux pulmonaire, dans lequel on range « un très grand nombre de malades qui sont trop souvent des syphilis méconnues ». Elles peuvent revêtir l'aspect des « bronchites chroniques asthmatiformes » des vieux fumeurs.

Le plus souvent le malade présente un syndrome de dilatation des bronches.

A ce propos, nous rappellerons qu'Hutinel a souligné la nature hérédo-spécifique de la plupart des dilatations bronchiques de l'enfance. Notre observation I est justement le cas d'un jeune garçon de 14 ans présentant ce syndrome de dilatation bronchique. Courcoux et Lelong insistent également sur la valeur diagnostique du syndrome: « si du point de vue scientifique pur, on peut discuter sur la nature syphilitique des lésions d'ecta-

sies, il n'en est pas moins vrai — et c'est ce qui importe au praticien — qu'elles surviennent avec une fréquence extrême chez les syphilitiques et que les rapports qu'elles présentent avec la syphilis sont aussi intimes que ceux de l'anévrisme aortique. »

c) A côté de ces deux grands syndromes, on signale les cas, beaucoup plus rares, « à type de tumeur pulmonaire », véritable syphilome diffus du poumon, simulant un kyste hydatique ou un cancer.

d) Formes associées à d'autres lésions syphilitiques de l'appareil respiratoire.

1° Forme trachéo-bronchique, avec lésions laryngoscopiques (voir notre observation II).

2° Forme médiastinale, par médiastinite spécifique associée à des lésions pulmonaires ou aortiques. Sergent, après Dieulafoy, Barth, Comby, a beaucoup contribué à vulgariser ce syndrome. « Ici l'idée de la syphilis s'impose d'abord » dit Courcoux. En effet, dans notre observation IV, chez un malade qui avait présenté un œdème aigu du poumon, suivi d'une néphrite, c'est l'apparition d'une médiastinite qui a fait penser à la syphilis et détermine le traitement.

3° Formes pleurales, les unes secondaires à une lésion de voisinage, périostique, pulmonaire, etc. (Dans notre observation III, un malade a présenté en même temps qu'une lésion hépatique, un double épanchement pleural hémorragique), les autres primitives, ayant l'aspect de pleurésies *a frigore*, et dont la nature est discutée. Landouzy et Sergent estiment que ces pleurésies qui ne font pas leur preuve sont — chez les syphilitiques comme chez les autres malades — de nature tuberculeuse, l'éclosion de la tuberculose étant favorisée par la syphilis.

Et cela nous amène à parler des rapports de la syphilis et de la tuberculose (1), la fréquence même des

1. Nous empruntons les notions qui vont suivre au récent rapport

deux maladies rendant fatale leur coexistence chez un grand nombre d'individus.

A. — La syphilis héréditaire ou acquise est-elle un facteur de prédisposition au réveil des tuberculoses latentes et à leur évolution ? Pour les anciens, avec Hunter, c'est une loi générale que toute lésion arrête le développement d'une autre lésion préexistante. La syphilis et la tuberculose ne sauraient donc évoluer en même temps. Laënnec avait considéré que les syphilitiques n'étaient pas prédisposés à devenir phthisiques. Graves et Portal, au contraire, estiment que la syphilis agit comme cause débilitante. Pour Ricord, elle facilite l'éclosion de la tuberculose.

Fournier différencie les lésions tuberculeuses des lésions héredo-spécifiques, mais admet la possibilité de coexistence de ces lésions, la syphilis, par son influence dépressive, crée un terrain propice au développement de la tuberculose.

Landouzy et Jacquinet précisent davantage : l'influence de la syphilis acquise sur la tuberculose est variable, selon que la tuberculose survient chez un syphilitique en pleine période secondaire ou plus tard. Dans le premier cas, elle est grave ; dans le second cas, au contraire : plus la syphilis est éloignée de son début, moins la tuberculose offre de réaction. De Dominicus et Sergent accentuent l'importance de la syphilis comme facteur de prédisposition.

Par contre, pour Mauriac, « peu de patients, sur le nombre infini de syphilitiques, deviennent tuberculeux, sans un facteur étiologique autre que la syphilis. »

Des statistiques récentes ont montré qu'il existait seulement de 6 à 8 o/o de réactions de Wassermann positives chez des enfants présentant des lésions tuber-

de MM. Bezançon et Chevalley sur les « Associations microbiennes dans l'infection tuberculeuse pulmonaire » (V^e Congrès national de la Tuberculose, Strasbourg, 2-6 juin 1923).

culeuses avérées ; chez des adultes tuberculeux, d'après une statistique de Letulle, Bergeron et Lépine (en 1914) la réaction de Wassermann se montra positive dans 19 0/0 des cas. La proportion, sans doute, est au-dessous de la vérité, puisque la réaction de Wassermann ne décèle pas toutes les syphilis latentes et qu'elle est souvent négative dans la syphilis héréditaire.

Pour Bezançon, cette statistique « ne prouve qu'un fait, la très grande fréquence de la syphilis dans les milieux hospitaliers » (les malades non tuberculeux de Boucicaut ont récemment fourni une proportion de réactions positives de 30,5 0/0).

B. — Dans les cas d'association de tuberculose et de syphilis invétérée, ou dans les cas de syphilis héréditaire, cette tuberculose est-elle modifiée, se développe-t-il même un type clinique spécial, un véritable état hybride des deux maladies ? Hallopeau estime que « les syphilides et les manifestations diverses de la tuberculose évoluent souvent parallèlement sans s'influencer réciproquement ». Au contraire, pour Landouzy et Jacquinet, et surtout Sergent, « la tuberculose des syphilitiques tend à la sclérose », Sergent ajoute même que « la constatation de la tuberculose fibreuse doit prendre place au nombre des indices révélateurs de la syphilis et de la parasymphilis ».

Pour d'autres auteurs, l'hérédosyphilis surtout marque son empreinte sur les lésions tuberculeuses, et serait la véritable cause de la scrofule. C'est Lugol qui un des premiers, a parlé d'« un état mixte qui jette dans l'économie des racines encore plus profondes que chacune des maladies dont il est composé ». Duvergie parle d'une « maladie de forme composée dérivant de la scrofule et de la syphilis ». Fournier, Marfan, Méry ont exprimé une opinion analogue :

Sergent va plus loin et « considère la scrofule comme un dérivé de la syphilis ». Pour lui, les hérédospeci-

figues ont une prédisposition particulière à la scrofulo-tuberculose. Chez un même sujet, on peut trouver « associés des stigmates et des manifestations de syphilis héréditaire avec des lésions de scrofulo-tuberculose ». Mais il est possible aussi que l'enfant présente seulement des lésions scrofulo-tuberculeuses : « dans le premier cas, il s'agit d'une hybridité vraie, dans le second d'une aptitude humorale simple ».

Pour Hutinel, les cavernes pulmonaires, exceptionnelles chez les enfants du premier âge, se rencontrent surtout chez les hérédospécifiques ; plus tard, il considère seulement que la syphilis a joué un rôle lorsque ces cavernes présentent une paroi scléreuse et indurée. Par contre, des observations d'Aine (Thèse de Paris, 1914), montrent le même aspect chez des enfants tuberculeux n'ayant aucun stigmaté de syphilis.

Pour Tripier, Bériel et Sergent, les cas où la tuberculose fibreuse s'accompagne de lésions de dilatation bronchique concernent des individus atteints de syphilis (héréditaire ou acquise). J'ai rapporté déjà plus haut l'opinion d'Hutinel sur le processus de dilatation des bronches.

Si après avoir rapporté ces thèses en faveur du rôle de la syphilis sur la scrofule et la production de lésions fibreuses, tuberculeuses, nous recherchons les preuves, nous verrons que :

1° *Cliniquement*, les manifestations scrofuleuses de même que la tuberculose pulmonaire fibreuse ne présentent de type spécial chez les adultes spécifiques, sauf la possibilité de coexistence d'autres signes ou manifestations : aortite, signe d'Argyll, tabès, Wassermann positif. Or cette coexistence n'est même pas fréquente et la réaction de Wassermann, dans ces cas de tuberculose fibreuse, est bien souvent négative. Dans la statistique de Letulle, Bergeron et Lépine, les signes physiques chez les syphilitiques et les non syphi-

litiques, ressortissent en nombre à peu près égal à l'emphysème pulmonaire et à la tuberculose fibreuse ; au contraire, les autopsies pratiquées dans ces deux groupes, révèlent « de vastes lésions tuberculeuses des poumons, mais ni plus ni moins scléreuses les unes que les autres ». Les auteurs font observer que « la vérole ne favorise même pas le développement de la sclérose pulmonaire ».

Bezançon ajoute que « l'extrême fréquence de la syphilis et de la tuberculose rend leur coexistence fatale dans un certain nombre de cas, sans que pour cela on puisse considérer qu'il y a prédisposition. D'ailleurs le bacille de Koch peut à lui seul faire de la sclérose. D'autre part, s'il est indiscutable que la dilatation bronchique est fréquente chez les spécifiques, est-il prouvé que le bacille de Koch ne puisse à lui seul réaliser cette dilatation » (Bezançon).

2° *Preuves thérapeutiques.* — Certaines lésions dites scrofuleuses ont été indiscutablement améliorées, au moins en partie, par le traitement spécifique. L'influence de ce traitement est loin d'être admis par tous.

Le traitement syphilitique est inutile dans les tuberculoses ostéo-articulaires des hérédos-spécifiques (Chambrette, Thèse de Paris, 1909).

Sergent rapporte un certain nombre d'améliorations notables, après traitement mercuriel et arsenical. Mais si ces faits sont indiscutables, ils sont loin d'être constants, dit Bezançon, qui a vu « le traitement spécifique être sans effet chez des tuberculeux pulmonaires qui avaient encore un Wassermann positif, et se développer une phthisie aiguë chez un syphilitique ancien, soumis au traitement pour des accidents nerveux.

3° *L'anatomie pathologique* prouve-t-elle qu'il existe réellement des lésions hybrides ? Le scrofulate de vérole de Ricord, le sclérolate de tuberculose de Landouzy, la syphilo-tuberculose de Sergent représentent-ils autre

chose qu'un assemblage sur le même point de lésions syphilitiques et tuberculeuses?

En ce qui concerne les lésions dites de scrofule, la plupart des observations n'ont pas de sanction anatomo-pathologique. Au point de vue pulmonaire, la documentation est minime. Une observation de Bezançon situe bien la question : l'autopsie d'un vieux syphilitique, emphysémateux, bronchitique, montre une absence complète de lésions tuberculeuses microscopiques, mais un foyer fibreux donnant l'aspect d'un poumon ficelé. Il s'agirait donc de syphilis-pulmonaire. Or une partie du bloc fibreux inoculé tuberculise le cobaye. L'histologie montre ailleurs des follicules typiques avec bacilles, d'autre part des lésions scléreuses. Enfin il existe des lésions artérielles et bronchiques que Letulle considère comme syphilitiques.

S'il est donc permis de supposer sans preuve absolue que dans certains poumons coexistent des lésions de syphilis et de tuberculose, rien ne permet de penser qu'il y ait une lésion hybride, un scrofulate de vérole (Bezançon).

La difficulté du problème tient à ce que la solution ne peut être encore d'ordre bactériologique, puisqu'on ne peut déceler le tréponème dans les lésions de syphilis ancienne. De plus, au point de vue de l'anatomie pathologique, dans la plupart des cas, il est très difficile de distinguer les lésions de syphilis et de tuberculose viscérales. D'autre part, la syphilis et la tuberculose, si fréquentes, peuvent coexister chez un même individu sans que pour cela on puisse affirmer que les lésions relèvent de l'action commune des deux virus. Enfin, s'il est bien réel que les syphilitiques anciens présentent de la tuberculose fibreuse, — d'ailleurs susceptible d'une transformation caséuse — cela tient peut-être à ce que le vieux syphilitique est généralement un adulte arrivé à la cinquantaine, âge où les lésions tuber-

culeuses ont moins de tendance à évoluer selon le type caséeux » (Bezançon).

Diagnostic de la syphilis du poumon

« On peut dire que le diagnostic de syphilis pulmonaire n'est presque jamais fait d'emblée. » La grande question est surtout de différencier la syphilis de la tuberculose.

L'absence de bacilles de Koch et l'inoculation négative sont de gros signes qui doivent « déclancher l'idée de syphilis ». Mais ces signes ne sont pas absolus, car la présence de bacilles ne prouvera pas absolument la non-spécificité. Il peut y avoir en effet association de la syphilis et de la tuberculose.

Pour mettre la syphilis en évidence, il faut compter sur un *bon examen clinique*. Les commémoratifs ont une grande importance ; mais souvent malheureusement, le malade cache sa syphilis ou même l'ignore.

L'inspection des téguments et des muqueuses peut suffire à donner des arguments : gommescutanées, leucoplasie. D'autres fois, c'est une abolition des réflexes rotuliens ou achilléens, un signe d'Argyll-Robertson, ou même une simple inégalité pupillaire.

Dans d'autres cas, on sera mis sur la piste par l'existence d'une aortite ou d'une médiastinite (comme dans notre observation IV), des douleurs ostéocopes, une céphalée nocturne rebelle, une ostéite de la clavicule ou du sternum, une périostite du tibia.

Un autre symptôme révélateur de premier ordre est la tâche pigmentée que laisse après lui le chancre syphilitique. Et souvent cette tâche s'accompagne encore de ganglions satellites. Milian a insisté sur leur importance, puisqu'ils montrent que la syphilis est en cause, et surtout encore en activité.

Enfin, il est utile de pousser les investigations au delà du malade lui-même, de voir le conjoint, les enfants, de s'enquérir de nombre des fausses-couches chez la femme. Il faut aussi rechercher l'hérédo-syphilis.

Certains signes cadreraient plutôt avec l'idée de syphilis : l'état général satisfaisant, des signes de localisation. Fournier insistait sur l'unité des symptômes, sur la limitation nettement circonscrite du foyer enfin sur son siège fréquent à la partie moyenne du poumon droit, dans le voisinage du hile.

A la vérité, tous ces signes ne peuvent être que de faibles éléments de présomption, la syphilis tertiaire fait des lésions diffuses aussi bien que circonscrites et peut siéger au sommet. D'autre part, la tuberculose peut siéger en n'importe quelle zone.

L'*examen radiologique* est appelé à donner des précisions plus grandes et doit toujours être pratiqué. L'ombre serait souvent bien limitée, à bords polycycliques, de forme en général triangulaire à base médiastinale. Ces images qui paraissent maintenant individualisées, ne résument certainement pas toute la syphilis pulmonaire.

Les rayons X montrent encore l'état de l'aorte, sa dilatation possible, les lésions de médiastinite, enfin, permettent de suivre l'évolution des lésions et leurs modifications sous l'influence du traitement.

La *réaction de Wassermann* doit être pratiquée et si besoin est, plusieurs fois de suite, et après réactivation. Mais, comme dans nos observations, elle se montre souvent négative. On ne peut certes pas écarter la syphilis sur une séro-réaction négative. Positive, elle indiquera que le malade est syphilitique, sans affirmer toutefois la nature syphilitique de ses lésions pulmonaires. Le fait même qu'elle est négative, ne signifie rien.

Le *traitement d'épreuve* devra enfin, toujours être

tenté. Il devra être intense, prolongé, fait par les meilleures médications. Si les modifications des lésions et leur disparition sont contrôlées radiologiquement, il aura une valeur diagnostique péremptoire. Cependant lui aussi il peut induire en erreur, il peut n'influencer en rien des lésions authentiquement syphilitiques, fibreuses, cicatricielles, immuables, sur lesquelles on est intervenu trop tard.

Ainsi, le diagnostic de la syphilis pulmonaire est difficile. D'une part, les investigations de laboratoire ne peuvent pas encore apporter la preuve absolue, qui serait la mise en évidence du tréponème. D'autre part, le polymorphisme de la syphilis pulmonaire sera toujours une cause d'erreurs presque impossibles à éviter. « La syphilis pulmonaire est une grande simulatrice, qui revêt le masque de tous les syndromes de la pathologie pulmonaire : son histoire clinique n'est qu'une longue liste d'erreurs de diagnostic » (Courcoux et Lelong).

CHAPITRE IV

SYPHILIS DIGESTIVE

I. — Syphilis gastrique

Après avoir nié la syphilis gastrique, de nombreux auteurs tendent à démontrer aujourd'hui sa fréquence.

L'histoire de la syphilis gastrique réelle se résume à la gomme ou à la scléro-gomme. A côté de ces manifestations d'une syphilis tertiaire, acquise ou héréditaire, pourvues d'une caractéristique anatomique, sinon de symptômes particuliers, d'autres lésions seraient dues à une sorte de parasymphilis gastrique : telles que certainement les troubles gastriques du tabès, peut-être quelques gastrites, l'ulcère simple.

La gomme ou la scléro-gomme, circonscrite ou diffuse, est à l'origine de tous les troubles se traduisant par des signes anatomo-cliniques de tumeur, d'ulcère, de cicatrices ou de sclérose.

« La forme pseudo-cancéreuse avec tumeur est peut-être la seule dont on puisse cliniquement affirmer la nature spécifique, lorsqu'un traitement syphilitique de quelque intensité fait rapidement fondre la tumeur et disparaître les phénomènes causés par sa présence » (Lœper et Bory). Et cela justifie la phrase de Hudelo : « Lorsqu'on lui découvre une tumeur à l'épigastre, heureux le malade qui a eu la vérole. » Les signes sont ceux du cancer. Toutefois le jeune âge du sujet, la notion d'antécédents spécifiques ou celle d'une réaction

de Wassermann positive, nous inciteront à tenter l'épreuve du traitement arsenical ou mercuriel.

La forme ulcéreuse de la syphilis gastrique est celle qui correspond à l'ouverture d'une gomme ramollie dans la cavité gastrique, à son ulcération. Aucun signe clinique ne permet de l'isoler de l'ulcère simple ou maladie de Cruveilhier. C'est grâce à l'action rapidement favorable du traitement d'épreuve sur un certain nombre de cas présentant les signes de cette maladie que l'on peut admettre la fréquence relative de l'ulcère syphilitique de l'estomac, qui serait la forme la plus fréquente de syphilis gastrique.

Il est des formes qui sont d'emblée et uniquement hémorragiques, mais sans manifestation douloureuse émétisante ou dyspeptique. Il s'agit sans doute au point de vue anatomique, d'une artérite gommeuse.

Certaines formes simulent absolument l'ulcus gastrique avec ses douleurs, ses vomissements, etc. Le seul élément permettant le diagnostic serait parfois l'hypochlorhydrie. On a donné aussi comme témoin de syphilis gastrique l'abondance des lymphocytes au cyto-diagnostic qui n'a son équivalent que dans la tuberculose ulcéreuse de l'estomac, manifestation très rare.

Fournier admet l'existence de gastrites syphilitiques qui apparaissent conditionnées par des lésions diffuses non ulcéreuses, mais leurs caractères cliniques sont peu différenciés, et leurs éléments anatomiques manquent encore.

L'histoire de la syphilis sclérosante est plus intéressante, car elle trouve une preuve de son existence dans les examens radiologiques. Le petit estomac syphilitique de Leven et Barret, véritable cirrhose atrophique de l'organe, à troubles fonctionnels intenses et d'épuisement rapide, est à parois épaisses, rigides, cartonnées. Ces scléroses diffuses sont par-

fois désignées sous le nom de linite syphilitique.

Plus souvent le processus cicatriciel est localisé et aboutit à une sténose cardiaque et surtout pylorique. Plus souvent encore, la sténose est médio-gastrique.

Cette forme — estomac en sablier — est la forme de syphilis gastrique sténosante la plus fréquemment signalée. En fait, il est exagéré de dire que la sténose gastrique est toujours spécifique. Cependant il n'y a guère que la syphilis qui soit capable de produire des brides multiples constituant plusieurs sténoses sur le même organe et qui ont fait décrire un estomac syphilitique ficelé, une syphilis gastrique déformante.

Existe-t-il une parasyphilis gastrique, c'est-à-dire des troubles dont la relation avec la syphilis n'est pas directement évidente mais qui seraient cependant « déterminés et conditionnés par elle » ? Cela n'est pas certain. L'estomac tabétique constitue peut-être le premier paragraphe de cette étude de parasyphilis gastrique. Castaigne a supposé que des lésions stomacales spécifiques pouvaient être cause de certaines crises. On manque de documents précis pour résoudre cette question.

La *radioscopie* ne nous renseigne guère. Le *chimisme gastrique* donne des indications aussi discutables et assez contradictoires. On a invoqué à la fois l'hyper ou l'anachlorhydrie. Cependant les éléments anatomiques manquent. Comme argument clinique, Castaigne a invoqué que l'ulcère gastrique, vérifié à l'écran, lorsqu'il survient chez un syphilitique, est souvent accompagné de tabès au début. Chez ces malades, l'ulcère apparaît comme le premier stade du syndrome crise gastrique. Crohn a récemment rapporté trois cas d'ulcère gastrique ou duodénal chez des tabétiques, mais les considère comme une pure coïncidence.

Ces faits conduisent à discuter les relations de l'ulcère simple avec la syphilis. La maladie de Cruveilhier serait-elle une manifestation directe ou indirecte de la syphilis ?

Déjà en 1865 Lang, de Vienne, faisant une statistique générale, trouvait des signes de syphilis dans 200/0 des cas d'ulcus gastrique. En 1918, cette proportion a été retrouvée par Castaigne. La fréquence de la sigma-réaction positive dans les cas d'ulcère simple est cependant plus impressionnante, ce qui explique que les auteurs américains fassent une part très large à la syphilis gastrique. Certains vont jusqu'à admettre que tous les ulcères gastriques sont d'origine syphilitique, acquise ou héréditaire.

L'anatomie pathologique ne nous donne pas de précisions plus grandes.

Comme on le voit, le diagnostic de la syphilis gastrique est difficile le plus souvent. Un Wasserman positif affirmera la spécificité du sujet, mais non celle de la lésion. Inversement une réaction négative ne signifiera rien. Pratiquement, seule l'efficacité remarquable, certaine, contrôlée du traitement spécifique donnera une quasi-certitude.

II. — Syphilis hépatique

On sait depuis longtemps déjà que le foie réagit envers la syphilis. Mais pourtant on la méconnaît dans bon nombre de cas où elle est en cause. Notre observation III montre un malade qui fut d'abord traité comme asystolique; plus tard, on pensa à la syphilis et le traitement d'épreuve confirma ce diagnostic.

C'est sous forme de syphilis hépatique fébrile d'une part, et de cirrhose ascitique d'autre part que la syphilis a révélé son rôle aux chercheurs dans ces derniers temps.

1° *Syphilis hépatique fébrile*

La notion que des lésions syphilitiques puissent avoir une évolution fébrile est parfaitement établie. Après

Wunderlich et Gerhardt, Castaigne et Lian, Netter en ont signalé des exemples. Dans nos observations IV, V et VI, les malades ont présenté à plusieurs reprises de la fièvre, 38°4 (obs. V) et même 40 (obs. IV et VI).

a) Il semble bien que de toutes les localisations syphilitiques susceptibles de réaliser la fièvre, l'hépatite doit être placée au premier rang.

D'après Gilbert, Chiray et Coury, l'hépatite syphilitique fébrile donne lieu à des accès de fièvre intermittente ou continue (dans le premier cas, on a parfois posé le diagnostic de paludisme). Cette fièvre ne cède nullement aux antithermiques habituels, mais cesse totalement et rapidement sous l'influence du traitement spécifique.

b) *Le foie est gros* dans son ensemble ou dans un seul de ses lobes, à surface régulière ou légèrement bosselée. La rate est par contre peu augmentée de volume.

Les cas observés n'ont pas montré d'ascite ni de signes d'hypertension portale, parfois un peu de subictère sans syndrome vrai de Hanot (d'ailleurs, on sait que la maladie de Hanot est souvent syphilitique, et qu'il y a parfois des poussées subfébriles au cours de cette affection).

c) *L'action extrêmement rapide du traitement spécifique* est le troisième point à relever : chute de la température, reprise de l'appétit, engraissement rapide, réduction du volume du foie à la normale.

La méconnaissance de cette affection a conduit à plusieurs erreurs de diagnostic : le plus souvent, on a pensé à la tuberculose, parfois au paludisme, à l'amibiase ; parfois l'hypothèse de syphilis a été soulevée et écartée devant un Wassermann négatif.

Une observation de Paillard montre que la syphilis héréditaire est susceptible de réaliser des symptômes tout à fait analogues et d'interprétation aussi difficile.

2° *Syphilis hépathique à forme cirrhotique
et ascitique*

On doit à Letulle une série d'études sur le rôle joué par la syphilis dans la genèse de la cirrhose du foie, type cirrhose alcoolique, et dans la genèse de l'ascite. De ces travaux, confirmés par des observations de Courtois-Suffit et Giroux, de Chiray et Janet, de Chauffard, Brodin et Debray, de Milian et Lelong, la thèse de Brizard (1918), se dégagent un certain nombre de notions que voici :

a) « Les malades atteints de cirrhose du foie avec ascite sont souvent des syphilitiques. »

L'anamnèse établit déjà ce fait dans un pourcentage important de cas ; la réaction de Wassermann est positive presque une fois sur deux (Letulle et Bergeron). Enfin, que la clinique ou la sérologie aient donné ou non un résultat positif, l'épreuve du traitement vient parfois confirmer ou imposer le diagnostic.

b) L'ascite n'est pas toujours d'origine purement mécanique ; il y a parfois des lésions de péritonite syphilitique. Letulle a fait une magistrale description des lésions observées chez les cirrhotiques. Il insiste sur l'aspect lavé, le ton blanc laiteux, l'apparence nacré de certaines régions du péritoine et particulièrement sur un état très spécial de l'intestin qui, à son avis, ressortit à la seule syphilis : l'intestin grêle s'est épaissi, rétracté et peut s'être raccourci de 1, 2 et même 4 mètres, etc.

c) Le traitement spécifique obtient parfois des résultats très remarquables.

En résumé, lorsqu'on se trouve en présence d'une hépatite, d'une cirrhose, atrophique ou hypertrophique il faut penser que les cas d'apparence les plus habituels peuvent être syphilitiques et ne se distinguer apparem-

ment par aucun signe pathognomonique. Nous avons vu plus haut que dans les nombreux cas observés par Letulle et Bergeron, près de 50 o/o présentaient une réaction de Wassermann positive. Ce n'est cependant pas une preuve absolue de leur nature syphilitique.

En revanche, si Letulle et Bergeron ont montré la fréquence de la sigmaréaction positive dans les cirrhoses, elle peut manquer, comme chez notre malade de l'observation III. Il convient alors de trouver la preuve ailleurs.

Ici encore, les *commémoratifs* auront leur importance, de même que les signes communs recherchés en dehors de l'organe atteint. Il faut toujours rechercher les petits signes neurologiques qui sont pathognomoniques.

Enfin, comme presque toujours (et dans nos observations) le diagnostic résultera avant tout de *l'épreuve thérapeutique*.

CHAPITRE V

SYPHILIS RÉNALE

L'action de la syphilis sur le rein est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit, car à côté des néphrites albuminuriques graves il est vraisemblable que les lésions scléreuses tardives ont commencé souvent dans les premiers mois ou les premières années de l'infection. *La fragilité rénale chez le syphilitique est certaine et doit être constamment surveillée et évoquée.*

L'action de la syphilis sur le rein fut niée autrefois et imputée au mercure. L'action des médicaments est en effet indéniable, le mercure à hautes doses agit sur le rein, de même que l'arsenic et le bismuth. Mais cela répond à des cas exceptionnels et ne doit pas entraver le traitement spécifique de la syphilis rénale.

La syphilis rénale se présente sous plusieurs formes :

1° On distingue d'abord la néphrite secondaire syphilitique aiguë ou subaiguë. Lorsqu'elle apparaît en pleine période secondaire avec des accidents concomitants, le diagnostic est en général facile. Elle peut également être déterminée par un coup de froid, une angine infectieuse surajoutée. Elle se manifeste par l'abondance de l'albumine et des œdèmes.

2° La néphrite chronique non atrophique s'observe quelquefois d'emblée ou à la suite d'une néphrite aiguë. Le diagnostic dans le second cas est plus facile ; dans le premier cas, il est plus délicat, d'autant qu'elle apparaît rarement avant la deuxième année, quelquefois

beaucoup plus tard. Son existence peut être indépendante de toute autre manifestation spécifique.

3° La néphrite chronique avec atrophie que l'on voit évoluer si fréquemment chez les syphilitiques, et qui paraît liée à l'artérite syphilitique, ne présente aucun caractère clinique qui permette de la reconnaître comme de nature syphilitique. De plus en plus, on tend à rapporter le plus grand nombre des cas sans étiologie connue à cette cause.

4° *La syphilis gommeuse du rein.* — Cette lésion est certaine et a pu être vérifiée à l'autopsie, mais le diagnostic clinique ne se fait pas.

Elle évolue silencieusement et s'ouvre dans les voies naturelles. Il faudrait une coïncidence d'autres accidents cutanés, une réaction sanguine positive pour penser à la syphilis rénale. Le diagnostic se fait après élimination du diagnostic de tuberculose ou de cancer.

5° L'amylose rénale est fréquente dans la syphilis tardive du rein, elle accompagne les reins scléro-gommeux, mais on peut la trouver aussi dans certaines néphrites chroniques. Elle est généralement associée à des lésions du foie.

6° *Hérédo-syphilis du rein.* — L'hérédo-syphilis rénale des nouveau-nés ne se traite pas, car ils meurent, et on retrouve le tréponème dans le rein comme dans les autres organes.

L'hérédo-syphilis précoce peut se manifester par une néphrite aiguë, rarement diagnostiquée d'ailleurs. Il est impossible de recueillir les urines, l'œdème passe inaperçu, à cause de la richesse du tissu cellulaire, et s'il existe, on pense plutôt à l'hypothyroïdie. Le diagnostic se fera par l'examen soigneux des parents, de l'enfant lui-même, quelquefois grâce à une éruption spécifique concomitante.

L'hérédo-syphilis tardive est souvent difficile à reconnaître, elle prend rarement l'allure d'une néphrite vraie.

Vers l'âge de dix à quinze ans, apparaît une albuminurie transitoire ou chronique assez abondante avec polyurie opaline, les œdèmes sont rares.

Hutinel a insisté sur ces néphrites hérédo-spécifiques que l'existence de dystrophies a permis de rattacher à la cause première avant l'apparition de la réaction de Bordet-Wassermann. Une réaction négative ne doit pas écarter d'ailleurs le diagnostic d'hérédo-syphilis.

Hutinel pense même que bon nombre d'albuminuries orthostatiques ou familiales avec conservation d'un bon état général correspondent à des lésions parcellaires de nature spécifique et sont améliorables et curables par le traitement. Souvent l'hérédo-syphilis tardive ne se manifeste aussi qu'à l'occasion d'une affection intercurrente, angine, adénoïdite, entérite, etc.

Par ce qui précède, on se rend compte que le diagnostic de néphrite syphilitique est souvent difficile. Il n'y a pas de signes pathognomoniques. Dans le cas rapporté en notre observation IV, une néphrite aiguë, hémorragique, a été précédée d'un œdème aigu du poumon — le diagnostic ne fut porté que plus tard, à l'apparition d'une médiastinite avec paralysie récurrentielle, le traitement confirma le diagnostic — la réaction de Wassermann était négative.

Comme pour le diagnostic de n'importe quelle syphilis viscérale, ici encore les *anamnestiques* seront très utiles, ainsi que la recherche des signes connexes en dehors de l'organe atteint.

L'examen des urines est important. Les albuminuries massives ne sont pas rares (2 gr. 50 chez notre malade).

Un examen de sang qui donne un Bordet-Wassermann positif est précieux, sans toutefois affirmer la nature spécifique de la néphrite. La réaction peut — comme chez notre malade — se montrer négative bien que les lésions soient spécifiques.

C'est encore le traitement d'épreuve qui confirmera le diagnostic.

CHAPITRE VI

VALEUR DE L'ÉPREUVE THÉRAPEUTIQUE POUR LE DIAGNOSTIC DES SYPHILIS VISCÉRALES MÉCONNUES

Dans toutes les observations que nous allons présenter, la réaction de Bordet-Wassermann a toujours été négative, et chaque fois le ou la malade a réagi avec succès au traitement spécifique. Nous n'avons certes pas voulu faire ici le procès de cette réaction. Le Wassermann précieux s'il est positif, nous écarte du diagnostic s'il est négatif. Il faut s'habituer à n'en pas trop tenir compte en pareil cas, et, comme les anciens médecins, savoir s'en passer.

Nous voulons insister sur ce fait que des syphilis viscérales sont restées longtemps méconnues, non seulement parce que la réaction de Wassermann était négative, mais plutôt parce que le malade présentait des signes qui égaraient le diagnostic. La clinique, en effet, nous écarte souvent du diagnostic parce qu'étant communs, les signes nous font penser aux étiologies les plus banales.

Faut-il rappeler ici l'observation de Béclère et Bensaude (1911), complétée récemment par Bensaude et Rivet, d'un malade — qu'on savait spécifique — soigné pour ulcère de l'estomac. Il est revu onze ans plus tard, dans un état de cachexie qui fait penser au cancer. On tente cependant le traitement spécifique et on assiste à une véritable résurrection. Que de jeunes

malades atteints de méningite soi-disant tuberculeuse, ont certainement été sauvés par un médecin qui a pensé à la syphilis et institué le traitement d'épreuve.

Nous vivons dans une période de transition, d'essais de documentation précise. Oui, mais avant qu'on connaisse parfaitement les syphilis viscérales et qu'il soit devenu à peu près impossible — à moins d'erreurs grossières — de ne pas les dépister, n'attendons pas qu'on nous ait mis le tréponème sous les yeux et ne nous laissons pas arrêter par une sigmaréaction négative pour instituer le traitement d'épreuve, traitement dangereux, dit-on, lorsqu'il s'agit non de syphilis, mais de cancer. Mais parfois, il peut y avoir association de l'un et l'autre. Dans ce cas, le traitement, disent Lœper et Bory, agit sur l'élément syphilitique sans influencer le cancer, mais en précisant ses limites ». Et cela facilite d'autant l'intervention chirurgicale.

Une objection facile est que le mercure et l'arsenic sont couramment employés contre d'autres maladies que la syphilis. Amélioration ou guérison ne signifieraient donc pas forcément que le malade est atteint de spécificité. Je crois qu'il ne peut y avoir là que des confusions bien exceptionnelles.

Donc, il y a des cas où grâce à cette épreuve thérapeutique, le diagnostic de syphilis doit presque s'imposer, « cas dont la transformation sous son influence est évidente d'une semaine à l'autre et ne peut être attribuée au régime ou au hasard » (Lœper et Bory). Mais si cette action rapidement favorable du traitement d'épreuve est un argument de « quasi-certitude » en faveur de la syphilis, une action faible ou nulle ne doit pas la faire méconnaître, par exemple lorsqu'il y a des lésions constituées de sclérose ou de cicatrices, rebelles à tout traitement. Enfin, comme dans notre observation III, il ne faut pas toujours compter sur un résultat rapide du traitement et nous devons nous

montrer à la fois patients et énergiques. Nous devons par contre agir avec prudence par exemple dans certains cas de néphrites, où la perméabilité rénale est compromise.

Ainsi, l'épreuve thérapeutique sera la clef du diagnostic lorsque le cas sera obscur et ainsi, capable d'être méconnu. « Ne faisons donc pas trop grief aux syphiligraphes, quand ils ne donnent en faveur de l'origine syphilitique d'un mal que l'insuffisant mais bienfaisant argument de l'efficacité du traitement spécifique » (Lœper et Bory). En effet, cette épreuve seule le plus souvent, permet de confirmer une syphilis viscérale méconnue, et suivant l'expression classique, elle réalise le dernier chapitre du diagnostic et le premier du traitement.

CHAPITRE VII

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Recueillie par M. Colle, ancien interne du Dr d'Ælsnitz,
à l'hôpital Saint-Roch, de Nice)

Il s'agit d'un jeune garçon de 14 ans, J. Br...

Antécédents héréditaires. — Il est l'aîné. La mère a fait ensuite une fausse couche de 2 mois, a eu plus tard un enfant né à 8 mois, mort à 2 jours, puis un garçon né à terme, mort à 16 mois de méningite, puis une fausse-couche de 3 mois, un garçon mort à 15 mois de broncho-pneumonie, une fille morte à 2 ans de la grippe, enfin une fille née en 1920, actuellement bien portante.

Le père a eu une pleurésie en 1910. Hémoptysie pendant la guerre, est mort en 1920.

Une tante est morte hémiplegique.

Antécédents personnels. — Il est né avant terme, à 7 mois, et a toujours été chétif. Comme affections antérieures, a eu la rougeole à 18 mois, une broncho-pneumonie à 10 ans, une nouvelle broncho-pneumonie à 11 ans, suivie d'une pleurésie.

Depuis, il a été considéré comme bacillaire et soigné comme tel.

Le malade entre à l'hôpital vers le 16 novembre 1922. Il ne présente pas de fièvre, son état général n'est pas mauvais. A signaler seulement un léger amaigrissement. L'enfant tousse et crache. Son expectoration muco-purulente est peu abondante.

A l'examen des poumons, on constate :

1° Du côté droit :

En arrière, au tiers inférieur, des signes cavitaires : gros râles humides, gargouillements, souffle. Matité à la percussion ; à la palpation, vibrations augmentées.

En avant, rien.

2° Côté gauche, râles humides disséminés, surtout à la base.

En avant, rien.

Autres appareils, néant.

L'*examen radioscopique* montre une adénopathie bilatérale, des ganglions calcifiés, au tiers inférieur du poumon droit et au tiers moyen du poumon gauche. Pas de lésions pulmonaires apparentes, le sommet droit seulement un peu voilé. Pas de cavernes. Images bronchiques nettes et projection transversale des bronches probablement dilatées. Le cul-de-sac pleural droit présente quelques adhérences : du même côté, diminution des mouvements du diaphragme (sans doute à cause de la pleurésie ancienne).

Tout d'abord on institue un traitement banal (expectorants, révulsifs). L'expectoration devient plus abondante, les signes pseudo-cavitaires diminuent. Mais il persiste toujours des râles humides des deux côtés.

Dans l'analyse des crachats que l'on pratique alors on ne trouve pas le bacille de Koch.

La cuti-réaction est deux fois très positive. La réaction de Besredka est négative.

Le Wassermann est également négatif.

On abandonne alors le diagnostic de tuberculose et porte celui de *dilatation des bronches*.

Puis on soumet le malade à un traitement combiné : auto-vaccin (par cmc. staphylocoques : 250 millions ; pneumocoques : 150 ; entérocoques : 100) et spécifique : suppositoires mercuriels et sulfarsénol.

Au bout d'un mois, le malade ne présente plus aucun signe stéthoscopique, son appétit et son état général sont bons, et il a engraisé de 3 kilogrammes.

Examen radioscopique normal à l'exception de quelques ganglions.

OBSERVATION II

(D^r Girard, de Nice)

M. X..., 54 ans, exerçant la profession de fourreur.

Pas d'antécédent héréditaire : père récemment décédé, à l'âge de 84 ans ; mère, âgée de 76 ans, atteinte de coxalgie congénitale, et en parfait état de santé.

Pas d'antécédents personnels : laryngo-trachéite légère, pro-

bablement due à l'abus du tabac et à l'exercice de sa profession. Aucun accident spécifique : réaction de Wassermann négative.

Au mois de juin 1923, toux fréquente avec expectoration purulente et essoufflement : anorexie, amaigrissement, fièvre modérée, à type vespéral ; sueurs. — Submatité au sommet du poumon droit, en arrière ; exagération des vibrations thoraciques. Souffle tubaire et râles humides dans le voisinage.

Recherche des bacilles de Koch négative.

Une cure de repos, aération et récalcification ne produisit pas d'amélioration appréciable.

Sur ces entrefaites, des déterminations laryngées se manifestèrent ; la voix s'éteignit presque complètement et cela en l'absence complète d'adénite et de dysphagie.

Le 19 juillet, le docteur Curchod, de l'Institut pathologique de Lausanne ayant examiné le malade, pratiqua la cautérisation et l'ablation d'un certain nombre de petits polypes du larynx, et diagnostiqua une « inflammation chronique avec œdème sans signes de spécificité ». Une biopsie montra : « un épithélium à cellules pavimenteuses, assez épais, mais régulier. Les parties sous-épidermiques sont fortement infiltrées, surtout de lymphocytes. Cette infiltration est diffuse. Le stoma fibreux est lâche. Les fibres conjonctives sont dissociées. »

A son retour à Nice, le malade fut examiné dans le cours du mois de septembre par un laryngologiste qui constata « les signes non équivoques d'une tuberculose laryngée ». Le malade présentait :

- 1° Infiltration et ulcération du bord libre de l'épiglotte ;
- 2° Infiltration des aryténoïdes et des bandes ventriculaires ;
- 3° Ulcération végétante de la bande inter-aryténoïdienne ;
- 4° Cordes vocales pachydermisées, avec bourgeons végétants.

Le traitement ne donnant pas d'amélioration locale sensible, le malade fut examiné sur le conseil du médecin traitant, le 13 janvier 1923, par le Dr d'Elsnitz, médecin-chef des hôpitaux de Nice, lequel se basant sur les signes cliniques, l'absence d'adénite et de dysphagie — et malgré un *Wassermann négatif* — proposa un traitement spécifique, qui fut immédiatement entrepris :

Injectons intra-musculaires : de sel mercuriel soluble, suivies d'injections sulfo-arsenicales à doses progressives variant de 6 centigrammes à 40 centigrammes, dose qui ne fut jamais dépassée.

Un mois et demi environ après l'institution de ce traitement,

les phénomènes pulmonaires s'étaient considérablement amendés : la fièvre avait disparu, l'appétit était revenu, l'embonpoint renaissait et tout dernièrement l'auscultation dénotait la disparition complète des phénomènes pulmonaires qui avaient été primitivement observés.

La voix avait repris son timbre normal. Un examen pharyngo-laryngé pratiqué le 18 mai constata :

1° Pharyngite congestive diffuse, due probablement au tabac :

2° Catarrhes nasaux-pharyngés.

3° Epiglote rouge mais non infiltrée.

4° Aryténoïdite et infiltration de la bande interaryténoïdienne. Les granulations ont presque totalement disparu.

OBSERVATION III

(Recueillie par MM. Colle et Liotard,
internes du Dr d'Elsnitz.)

Le malade, B. Antoine, âgé de 45 ans, journalier. Aucun antécédent signalé.

Il entre dans le service du Dr d'Elsnitz le 18 décembre 1922.

Début de la maladie, une quinzaine de jours avant, s'est manifesté par une augmentation de volume de l'abdomen, de l'œdème des membres inférieurs et de la dyspnée.

Le malade est apyrétique, mais son état général est mauvais, il est très amaigri, son teint est terreux.

A l'examen, *le cœur* est dilaté à la percussion, les bruits sont assourdis. Il n'y a pas d'arythmie.

Le pouls bat à 84. La tension, au Pachon, est de 18-11.

Appareil respiratoire. — Le malade ne tousse, ni ne crache, mais on note un épanchement bilatéral abondant. Une ponction, du côté droit, donne un litre de liquide louche, légèrement hémorragique. La réaction de Rivalta est positive, à l'examen cytologique, on compte : lymphocytes 61 o/o, polynucléaires 15 o/o, et cellules endothéliales 24 o/o. — Pas de microbes.

Deux jours après, une ponction du côté gauche donne un litre de liquide jaune ambré. Rivalta positif. Formule cytologique, lymphocytes 64 o/o, polynucléaires 16 o/o, cellules endothéliales 20 o/o. Pas de microbes.

Appareil digestif. — On note de l'anorexie et de la constipation. La langue est saburrale.

Le ventre est augmenté de volume. Pas de circulation collaté-

rale. L'examen du foie est impossible, par suite du *météorisme*. Très peu de liquide (ponction blanche). (Huit jours après l'entrée à l'hôpital, *l'examen radioscopique*, avec insufflation de l'intestin, montre le foie augmenté de volume, et descendant au dessous des fausses côtes de 3 travers de doigt environ.

La rate n'est pas perceptible.

Le malade présente en outre un *œdème* très marqué des membres inférieurs et des bourses.

Les *urines* sont d'abondance normale : 1.200 grammes. A noter la présence d'urobiline et une diminution des chlorures.

La quantité d'urée dans le sang est de 0 gr. 28.

La réaction de Wassermann est négative.

Le malade, au début, est traité comme *asystolique* et reçoit un milligramme de digitaline. On constate une amélioration légère, mais momentanée. Les *œdèmes* qui avaient diminué, augmentent de nouveau. Deux semaines après l'entrée, la tension baisse : 12-9 ; les *œdèmes* sont plus marqués, le ventre grossit, le *dyspnée* augmente. Une nouvelle ponction de la plèvre droite donne 600 grammes de liquide.

On pense alors à un néoplasme ou à la syphilis. On institue le traitement spécifique : cyanure et suppositoires mercuriels. Le malade reçoit en même temps de l'extrait hépatique et des toni-cardiaques : adonis, digitaline, solubaïne.

Le malade est ainsi traité pendant un mois et demi. L'amélioration ne commence qu'au bout d'un mois seulement. Puis le teint devient meilleur, se colore. Le malade engraisse ; son appétit est revenu. La tension s'est relevée : 15-8. Il n'y a plus d'épanchement, les *œdèmes* ont disparu, le ventre s'est aplati.

Le malade sort le 24 février 1923.

Durant son séjour, on a eu nettement l'impression que ce cas d'abord considéré comme une *asystolie* à localisations multiples, ne réagissait nullement au traitement toni-cardiaque isolé. Quand, au bout d'un mois, on a adjoint le traitement spécifique, la *localisation dominante, hépatique*, a rétrocedé ainsi que ses conséquences.

D'ailleurs la suite de l'histoire clinique confirme cette interprétation.

Le malade entre à nouveau fin avril avec uniquement du *météorisme* abdominal, et une hépatomégalie moins accentuée mais nette. Absence de phénomènes d'insuffisance cardiaque. Possibilité d'une légère ascite non ponctionnable. Nouveau traitement (cyanure de Hg. en injections intra-veineuses et sup-

positoires mercuriels). Résultat rapide caractérisé par rétrocession de l'hépatomégalie et diminution du volume du foie jusqu'à ramener cet organe au dessous du volume normal (fin mai 1923). Amélioration considérable de l'état général. Aucun signe clinique net d'insuffisance hépatique.

OBSERVATION IV

(Recueillie par M. Liotard, interne du Docteur d'Elsnitz)

Le malade O. P... est un Italien âgé de 53 ans, vendeur dans un magasin de confections, célibataire. Dans ses antécédents rien à signaler, sice n'est des accès de paludisme à l'âge de 22 ans. Il nie évidemment toute spécificité.

Souffrant depuis quelques jours d'un point de côté, légèrement dyspnéique, il est pris brusquement pendant la nuit d'un violent accès de suffocation. Il entre le lendemain 10 février 1923 à la salle Bottini, présentant tous les signes d'un *œdème des poumons*. Il est suffocant et blême, sa respiration est courte et accélérée, son expectoration mousseuse. A l'auscultation on constate une pluie de râles fins et nombreux dans les deux poumons, avec prédominance du côté droit.

On constate également de l'*œdème des membres inférieurs*.

Au cœur, les bruits sont assourdis.

Le pouls bat à 108. La tension est 19-12 (Pachon).

Les *urines* sont rares (500 gr.) et contiennent 2 grammes d'albumine.

'Du côté des autres appareils, rien à signaler.

Le malade est soulagé par une saignée de 350 grammes. Il est soumis à la digitaline (soixante gouttes en 3 jours) puis à la solubaïne (soixante gouttes pendant 10 jours). La *température* qui était restée pendant deux jours à 38° redescend à la normale.

Le pouls bat à 76.

Les urines augmentent de quantité (1.200 à 1.500 grammes).

Le 19, l'albumine a légèrement diminué, elle est alors de 1 gr. 50.

L'urée du sang, qui est de 0 gr. 87 à l'entrée, est à peu près normale deux semaines plus tard.

La tension s'est abaissée de 19-12 à 14 1/2-9.

Brusquement, le 26 février, le malade est pris de violents maux de tête. La température monte le soir à 39°, le lendemain à 40°, et se maintient pendant six jours entre 39° et 40°. En même

temps les urines deviennent rares (600 grammes environ) et sont hémorragiques. Albumine : 2 gr. 50. Nouvelle saignée de 250 grammes. L'hématurie cesse. Quelques jours plus tard, après quelques oscillations entre 37° et 38°4, la température s'abaisse et reste pendant une dizaine de jours un peu au-dessous de la normale.

Quelques râles fins disséminés dans les deux poumons, disparaissent au bout de cinq à six jours. Les urines deviennent plus abondantes (jusqu'à 2 litres), albumine 0 gr. 25. Les œdèmes ont disparu.

La réaction de Wassermann pratiquée le 2 mars est *négative*.

Mais le malade, à cette époque, est pris presque subitement d'enrouement, puis de paralysie des cordes vocales avec aphonie complète.

Examen de M. Massier, laryngologiste : paralysie récurrentielle double.

La *radioscopie*, en position frontale, ne montre rien. Mais en position oblique, l'espace clair médian paraît sombre. Le radiographe songe à une médiastinite cause de compression des récurrents.

On pense donc, malgré le Wassermann négatif à une étiologie spécifique.

A dater du 14 mars, le malade est soumis au traitement spécifique, cyanure de Hg, puis cyanure alternativement avec néo-arsénobenzol. Le 25, le malade ayant une gingivite, ou arrête le cyanure et ne continue que le néo-salvarsan (15 centigrammes tous les deux jours) jusqu'au 20 avril.

Le 25, le pouls remonte à 100 et se maintient à cette fréquence pendant dix à douze jours. Nouvelle saignée de 250 grammes le 28. A l'auscultation, léger souffle interscapulo-vertébral.

Actuellement, 1^{er} juin, le malade est guéri. La voix est normale. Examen laryngoscopique normal (le laryngologiste constate que « ce paralytique du larynx est un tenor en parfait état vocal »).

On ne constate que la présence de quelques centigrammes d'albumine. Aucune autre localisation, aucun autre symptôme pathologique. Etat général très satisfaisant.

Il semble donc que l'œdème aigu du poumon, puis la néphrite hémorragique ont été conditionnés par une spécificité mécon nue (W. négatif). C'est l'apparition du symptôme aussi caractéristique que la paralysie récurrentielle révélant une médiastinite

qui a fait penser à la syphilis et détermine l'épreuve thérapeutique dont le succès a confirmé l'étiologie supposée.

OBSERVATIONS V et VI

(Données par le D^r A. Moriez de Nice)

1^o Dans l'hiver 1921, j'étais appelé par un confrère à Cannes auprès d'un jeune homme d'environ 16 ans, M. S..., qui présentait depuis quelque temps de la fièvre aux environs de 38 degrés avec expectoration sanglante consistant en petits crachats rares, franchement sanglants, d'aspect nummulaire (1 à 2 crachats par jour pendant quatre ou cinq jours). La famille et le médecin traitant avaient d'abord pensé qu'il s'agissait d'une manifestation grippale aiguë, d'autant que le jeune homme présentait une aire de matité à la base droite avec obscurité respiratoire, mais sans souffle. Devant la persistance des signes, on avait agité le diagnostic de tuberculose pulmonaire à siège anormal. Le jeune S... était un garçon robuste, avec une tendance à l'obésité précoce. Je pris son pouls et je fus frappé d'emblée de sa rapidité. L'auscultation du cœur révélait une tachycardie intense presque in comptable, sans intermittences du reste; aucun bruit surajouté. Il y avait un peu de dyspnée, rien de stéthoscopique au point de vue pulmonaire, sauf l'obscurité respiratoire et la matité de la base droite déjà signalées. Devant ce tableau clinique, expectoration sanglante, tachycardie, dyspnée et matité de la base droite, je n'hésitai pas à éliminer l'idée d'une affection primitivement thoracique et portai le diagnostic de rétrécissement mitral probable avec infarctus hémoptoïque au lieu d'élection.

Après quelques jours de repos au lit et de digitaline à dose cardio-sédative, l'auscultation cardiaque révéla en effet un roulement présystolique avec souffle systolique à propagation axillaire, sans dédoublement du second bruit. L'éréthisme cardiaque se calma: la température tomba en lysis, mais il resta pendant fort longtemps une oscillation thermique de quelques dixièmes. Pendant plus de six mois les crachats montrèrent l'absence de bacilles de Koch, mais l'absence aussi de ces gros macrophages désignés sous le nom de cellules cardiaques, qui sont comme la traduction cytologique des infarctus. La radiographie révéla nettement une zone d'obscurité à la base pulmonaire à contours très nets, avec, adjacente à elle, une autre zone

plus petite, les deux donnant l'impression d'une calebasse. La thérapeutique cardiaque fut continuée, le jeune homme alla mieux, et je considérai que le diagnostic de rétrécissement mitral avec embolie pulmonaire était le vrai. Néanmoins, dans l'histoire du jeune homme, quelque chose me troublait, c'est que ce rétrécissement mitral, à supposer qu'il fût congénital, avait été toléré si bien jusque-là que le jeune homme faisait de l'alpinisme et des sports violents, sans la moindre fatigue jusqu'aux accidents déjà décrits. Il n'y avait pas d'autre part d'antécédents morbides susceptibles d'expliquer une endocardite en évolution. Sur ces entrefaites, un subictère apparaît léger, prédominant au visage, à la paume des mains et à la plante des pieds, à peine marqué sur le reste du corps, variable d'un instant à l'autre, au point de faire changer l'aspect du jeune malade plusieurs fois au cours de la journée. Il n'y avait pas de cholurie notable, la résistance globulaire était augmentée. La rate, percutable, était peut-être un peu augmentée de volume, ainsi que le foie ; mais il s'agissait de signes discrets.

Devant ces symptômes, je fis pratiquer une réaction de Wassermann sur le sang, qui fut trouvée négative. Ayant agité l'idée de la syphilis possible avec le médecin traitant, nous fûmes d'accord pour essayer un traitement d'épreuve par le cyanure de Hg intraveineux. Il fut suivi très scrupuleusement et donna des résultats inespérés. Les crachats sanglants disparurent, l'apyrexie fut obtenue, la perméabilité pulmonaire se rétablit. Enfin et surtout, le rythme cardiaque se régularisa, le renforcement présystolique et le souffle systolique disparurent. Le traitement fut interrompu pendant une période de repos, au cours de laquelle l'expectoration sanglante reparut une fois. Il fut aussitôt repris, et tout rentra dans l'ordre. Je suivis ainsi ce jeune homme pendant plus d'un an. Il conservait son subictère, mais n'allait pas mal, et je réformai mon diagnostic en considérant que M. S... avait eu une endocardite mitrale subaiguë, d'origine probablement hérédo-spécifique, vu que l'hérédo-spécificité était corroborée par sa tendance à l'obésité précoce. Mais je n'avais aucun renseignement précis sur le passé pathologique de la famille. L'endocardite mitrale qui affectait M. S... avait donc revêtu la forme embolisante, et ainsi s'expliquaient les infarctus pulmonaires répétés. Un jour, dans une phase de suspension médicamenteuse, M. S... éprouva au réveil, un engourdissement de tout le côté gauche. Je fus mandé en toute hâte, et je constatai une exagération des réflexes ten-

dineux de ce côté, sans Babinski. Je ne doutai pas qu'il ne s'agit d'une embolie cérébrale, et je fis les réserves que l'on comprend sur l'évolution de pareils symptômes. M. S., fut aussitôt remis au traitement par le cyanure. Tout rentra de nouveau dans l'ordre, et je fus fort étonné de voir rétrocéder les phénomènes parétiques qui guérissent sans reliquat. M. S... conserve encore un peu de subictère, et c'est le seul symptôme qui subsiste de tout ce complexus clinique. M. S..., à n'en pas douter, a eu une endocardite d'origine spécifique avec embolies multiples, et il paraît prouvé que le traitement mis en œuvre a pu obtenir la guérison anatomique des foyers d'embolies en même temps que de l'endocarde. C'est le cyanure de Hg intraveineux employé à la dose de 1 à 2 centigrammes par jour, auquel revient l'honneur de ce résultat, son action ayant été prolongée dans la suite par des injections d'hectine.

2° Je fus rappelé au début de l'automne 1922 dans la même famille pour une jeune fille de 19 ans, sœur du jeune homme, qui présentait des règles douloureuses et très irrégulières. Cette jeune fille avait été opérée d'appendicite suppurée quelques années avant, et je songeai à la possibilité d'adhérences pelviennes pour expliquer sa dysménorrhée. Lorsque survinrent dans une période prémenstruelle des douleurs intestinales localisées à l'angle colique gauche, des douleurs épigastriques traduisant des phénomènes de cœlialgie intense. Ces douleurs, rebelles à toute thérapeutique, furent suivies d'une perte de sang rouge par l'anus au moment d'une selle, ayant à peu près la contenance d'un verre à Bordeaux. L'alimentation devint de plus en plus difficile. Une insomnie tenace s'installa peu à peu. La jeune fille maigrissait. Chaque période cataméniale ramenait une exagération des douleurs, et la jeune malade la redoutait. Elle en était à l'injection de morphine pour se calmer, lorsque je demandai une consultation avec un chirurgien. Ce confrère, par le toucher rectal, put constater que l'annexe gauche était douloureuse, avec un ovaire sans doute scléro-kystique. Il ne fut pas d'avis qu'il y avait indication opératoire, ni du côté du tube digestif, ni du côté du petit bassin, et nous fûmes tous deux d'accord pour penser qu'il s'agissait sans doute de péritonite tuberculeuse atténuée, avec adhérences multiples, pour penser que l'appendicite opérée quelques années avant, avait été une appendicite bacillaire aiguë, de la forme décrite par Bouglé. Nous prescrivîmes de l'héliothérapie prudente sur l'abdomen exclusivement, et pendant quelques jours, nous

crûmes devant le bon résultat obtenu, avoir fait un diagnostic exact et institué une thérapeutique utile. Il n'en était rien, comme on va le voir. Dans une période prémenstruelle, Mlle S... fut prise brusquement de phénomènes délirants. Ce délire commença par l'oubli complet des faits récents, par l'évocation très active des faits anciens qui, interprétés par la malade, donnaient lieu à un délire d'imagination très actif. En même temps la jeune fille se plaignit d'une céphalée atroce, sensation que son crâne bourré de cailloux, allait éclater. Ebauche de Kernig aux membres inférieurs. Une monoparésie crurale droite, qui fut transitoire et qui est à rapprocher des phénomènes d'amnésie dont j'ai parlé. La température dépassait 40 degrés. Je portai le diagnostic de méningite aiguë, localisée sans doute à la convexité gauche, et en prenant l'aiguille à ponction lombaire j'étais persuadé que l'examen de laboratoire montrerait l'existence d'une méningite tuberculeuse.

Je pensais que la jeune fille, ayant fait une localisation pelvienne et intestinale de tuberculose, venait de faire des accidents de généralisation avec localisation méningée, sa méningite ayant revêtu la forme délirante de l'adulte.

La ponction lombaire montra un liquide céphalo-rachidien très normal (moins d'un élément blanc par millimètre cube), le taux de chlorures était normal, normal le taux de l'albumine. Mais il existait une légère hyperglycorachie. Je me décidai alors à instituer un traitement spécifique. Le cyanure de Hg fut mal supporté, amenant une réaction intestinale intense. Je m'adressai au bismuth intra-musculaire. L'amaigrissement était tel que la jeune malade supportait mal ces injections et avait une tendance à faire du décubitus aigu. Elle continuait d'ailleurs à délirer, se souillait dans son lit, — et le délire prit une forme de délire de paroles et d'actions presque hébéphrénique. Je demandai s'il y avait eu dans la famille une ascendance psychopatique et on me répondit que oui, ce qui fait que Mlle S... était prédisposée aux réactions mentales. Néanmoins, j'insistai pour la continuation du traitement, malgré les difficultés qu'il présentait, me basant sur ce que je savais sur l'état de santé de son frère et sur ce que Mlle S... avait de l'inégalité pupillaire très nette. Un oculiste fut appelé pour examiner le fond de l'œil, qu'il trouva normal. Mais il me confia alors qu'il avait donné ses soins à la mère des enfants pour un iritis dont la nature spécifique n'était pas douteuse à son avis. J'avais la consécration étiologique fortuitement révélée par cette consul-

tation. La jeune malade fut ensuite traitée par le 914 intraveineux, selon la méthode de Sicard, par petites doses répétées. Les phénomènes délirants disparurent, la raideur s'atténua, la céphalalgie s'évanouit, les troubles digestifs et pelviens s'amendèrent, l'appétit revint. La jeune fille engraisa rapidement et redevint normale et absolument apyrétique. Le succès de la thérapeutique spécifique confirme encore l'étiologie.

CONCLUSIONS

I. — La notion des syphilis viscérales est une acquisition relativement récente.

Parmi les diverses localisations de l'infection spirochétique, certaines sont de notoriété clinique courante et déjà tous les praticiens en connaissant l'extrême fréquence, songent à leur appliquer systématiquement le traitement qui leur convient. Telles sont les syphilis nerveuse et cardio-vasculaire. C'est pourquoi l'on peut dire qu'elles ne sauraient désormais être méconnues.

II. — Au contraire, les localisations de la syphilis sur les appareils respiratoire, digestif et urinaire sont d'interprétation plus complexe.

Le rôle unique ou associé de la syphilis dans leur évolution est souvent difficile à établir, et cela pour les raisons suivantes :

α) Les traductions cliniques sont souvent identiques quelle que soit l'étiologie en cause ;

β) Quand il y a des signes propres à la syphilis, ils ne sont pas pathognomoniques ;

γ) Les examens chimiques, bactériologiques et radiologiques sont souvent également en défaut ;

δ) La réaction de Wassermann se montre assez souvent négative.

Pour toutes ces raisons, il peut arriver assez fréquemment que l'étiologie syphilitique soit méconnue.

III. — Et cependant la réalité du rôle de l'infection syphilitique dans ces cas est prouvée par l'épreuve thérapeutique qui fait disparaître des lésions jusque-

là tenaces. Mais il convient de savoir que l'épreuve du traitement ne peut se juger positive ou négative qu'après une application tenace et prolongée.

IV. — Pour ne pas méconnaître les syphilis viscérales ne s'imposant pas à l'attention, avant tout il faut y penser toujours et envisager la possibilité de cette étiologie chaque fois qu'une affection viscérale aura des caractères un peu étranges dans son apparence ou dans son évolution. Si l'organe malade ne révèle pas de signes propres à la syphilis, il faudra rechercher la possibilité de cette infection par une enquête soigneuse concernant les commémoratifs, et un examen approfondi des localisations possibles actuelles : souvent une localisation cardio-vasculaire ou nerveuse connexe éclairera le diagnostic.

V. — Dépister une syphilis viscérale méconnue c'est, non seulement permettre la guérison ou l'amélioration de l'organe atteint, c'est encore permettre de révéler l'existence d'une infection syphilitique jusque-là cachée, et la traiter avant que surviennent des lésions plus irrémédiables.

Vu : le Président de la thèse,
F. BEZANÇON

Vu, le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Bergé.* — Maladies de l'appareil respiratoire in *Traité de Médecine*, t. III.
- Laffitte.* — Maladies du foie et des reins in *Traité de Médecine*, t. II.
- Enriquez.* — Maladies du tube digestif in *Traité de Médecine*, t. I. Dictionnaire médical de Dechambre.
- Læper et Bory.* — A propos des syphilis gastriques (*Journal méd. français*, décembre 1922).
- Louste.* — Le traitement de la syphilis chez les néphrétiques (*Journal méd. français*, décembre 1922).
- Courcoux et Lelong.* — Les formes cliniques et le diagnostic de la syphilis du poumon chez l'adulte (*Journal méd. français*, décembre 1922).
- Paillard.* — Deux formes de syphilis hépatique : forme fébrile, forme cirrhotique et ascitique (*Journal méd. français*, déc. 1922).
- Bezançon et Gastinel.* — Obs. de pleurésie roséolique (*Soc. d'Et. scient. sur la tuberculose*, Paris, juillet 1912).
- Bezançon et Chevalley.* — Associations microbiennes dans l'infection tuberculeuse pulmonaire (Ve Congrès national de la tuberculose, Strasbourg, 2-6 juin 1923).
- Sergent.* — Article syphilis du poumon in *Traité E. Gaucher*, 1909.
- Syphilis et tuberculose. Masson éditeur, 1907.
- Bensaude et Emery.* — Un cas de syphilis pulmonaire (*Soc. méd. hôp. Paris*, 10 janvier 1913).
- Gilbert, Chiray et Coury.* — La syphilis tertiaire du foie à forme hypertrophique fébrile (*Soc. méd. hôp. Paris*, 18 mars 1921).
- Chiray et Coury.* — La fièvre syphilitique tertiaire (*La Médecine*, nov. 1921).
- Letulle.* — La péritonite syphilitique (*Bull. Acad. Méd.*, août 1918; *Pr. méd.*, 19 sept. 1918).
- Courtois-Suffit et Giroux.* — Cirrhose du foie avec ascite. Péritonite syphilitique suivie de guérison (*Soc. méd. hôp. Paris*, 24 janvier 1919).
- Chauffard, Brodin et Debray.* — Efficacité du traitement par le cyanure de mercure au cours des cirrhoses du foie, présumées d'origine syphilitique (*Soc. méd. hôp. Paris*, 7 juillet 1922).
- Ronchèse (A.-D.).* — La réaction de Bordet-Wassermann pour le séro-diagnostic de la syphilis.
- Ravaut.* — Les erreurs d'interprétation de la réaction de Wassermann (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, mai 1914).
- Gougerot.* — *Paris médical*, 2 février 1916.
- *Paris médical*, 15 février 1915.

